



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя
«Севастопольская городская психиатрическая больница»
Наркологическое диспансерно-поликлиническое отделение
299014, Российская Федерация. г.Севастополь, Фиолентовское шоссе,15
факс(8692) 24-10-03
e-mail: sevnark@mail.ru

Главному врачу _____

Адрес _____

ЗАПРОС

Прошу Вас согласно ст.9 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сообщить находится ли под наблюдением врача **психиатра-нарколога** и обращался ли за медицинской помощью.

ФИО _____

Дата рождения _____

Данная информация необходима для освидетельствования врачом психиатром-наркологом и выдачи заключения: на водительскую комиссию, для получения лицензии на право владения оружием, устройство на работу (нужное подчеркнуть).

Ответ просим предоставить по электронной почте sevnark@mail.ru или по факсу (8692) 55 12 50

Приложение: заявление гражданина ФИО _____

Главный нарколог города Севастополя

Л.С.Касьянова

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Дата выдачи _____ зарег.по адресу: _____

Согласен (согласна) на предоставление информации о том, состою ли я на учете у врача психиатра-нарколога по месту регистрации.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись